

ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย*

Factors Affecting the Spiritual Well-being among Family Caregivers of Persons with Physical Disability*

เสาวภา เล็กวงษ์, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)¹
Saowapa Lekwong, M.N.S. (Community Nurse Practitioner)¹

วรรณรัตน์ ลาวัณ, Ph.D. (Health Sciences)²

Wannarat Lawang, Ph.D. (Health Sciences)²

สมสมัย รัตนกรัทกุล, ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข)³

Somsamai Rattanaagreehakul, Dr.P.H. (Public Health Nursing)³

Received: January 24, 2019

Revised: March 26, 2019

Accepted: March 27, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาสุขภาวะทางปัญญา และปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายในจังหวัดจันทบุรี จำนวน 180 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐาน แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา มีค่าความเชื่อมั่น .88 แบบสัมภาษณ์การดูแล มีค่าความเชื่อมั่น .82 แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับคนพิการ มีค่าความเชื่อมั่น .94 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น .83 และแบบสัมภาษณ์สุขภาวะทางปัญญา มีค่าความเชื่อมั่น .91 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางปัญญารายด้านและโดยรวมในระดับมาก การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การรับรู้การดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการ และการสนับสนุนทางสังคม

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹ Master, Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: saowapa1@pnc.ac.th

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Major Advisor

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Co-advisor

สามารถร่วมกันทำนายสุขภาวะทางปัญญาได้ร้อยละ 25.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\text{adj. } R^2 = .258, p < .05$) โดยสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการสามารถทำนายสุขภาวะทางปัญญาได้มากที่สุด ($\text{Beta} = .292, p < .001$) รองลงมา คือ การรับรู้การดูแล (Beta = $-.175, p < .05$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรมีการประเมินสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแล คนพิการ และอาจารย์พยาบาลควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการเรียนการสอนเกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านและการดูแล สุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการ

คำสำคัญ: สุขภาวะทางปัญญา ญาติผู้ดูแล คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

Abstract

This predictive correlational research aimed to determine the spiritual well-being and factors affecting the spiritual well-being among family caregivers of persons with physical disability. The samples consisted of 180 family caregivers of persons with physical disability in Chanthaburi Province. The research instruments were composed of the Mini-mental State Examination: Thai version, an interview form of general information, an interview form of religious activities with the reliability of .88, an interview form of perceived caregiving burden with the reliability of .82, an interview form of caregiver and care-recipient relationship with the reliability of .94, an interview form of social support with the reliability of .83, and an interview form of spiritual well-being with the reliability of .91. Data were collected from June to August, 2017. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression.

The research results revealed that family caregivers had the mean scores of spiritual well-being by overall and each dimension at a high level. Religious activities, perceived caregiving burden, caregiver and care-recipient relationship, and social support were statistically significant accounted for 25.80% of the variance for spiritual well-being ($\text{adj. } R^2 = .258, p < .05$). The most significant predicting factor was caregiver and care-recipient relationship ($\text{Beta} = .292, p < .001$) followed by perceived caregiving burden ($\text{Beta} = -.175, p < .05$).

This research suggests that health care providers should assess spiritual well-being of family caregivers of persons with disability. Additionally, nursing instructors should appropriately apply the research results for lesson regarding home visiting and family caregiver's spiritual well-being care.

Keywords: Spiritual well-being, Family caregiver, Person with physical disability

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความพิการเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลกและประเทศไทยที่นับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น จากรายงานการสำรวจคนพิการทั่วโลกพบว่า ประชากรมากกว่า 1 พันล้านคน หรือร้อยละ 15 ของประชากรโลก มีชีวิตอยู่ร่วมกับความพิการ โดยประเภทความพิการที่พบมากที่สุด คือ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย (World Health Organization [WHO], 2011) สอดคล้องกับข้อมูลของประเทศไทยที่พบว่า ประชากรไทยที่เป็นคนพิการและยังมีชีวิตอยู่มีจำนวน 1,562,133 คน โดยร้อยละ 48 เป็นผู้ที่มีความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย และมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2559) ดังนั้น คนพิการโดยเฉพาะคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายจึงเป็นกลุ่มบุคคลที่ทุกภาคส่วนควรให้ความสำคัญและจำเป็นต้องให้การดูแลอย่างเหมาะสม ในปัจจุบันประเทศไทยมีแผนและนโยบายในการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่เน้นการสร้างสังคมบูรณาการเพื่อคนพิการ โดยบูรณาการการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการของทุกภาคส่วน (คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2554) ซึ่งระบบการดูแลคนพิการที่ดีและยั่งยืนนั้นต้องเป็นระบบการดูแลระยะยาวที่บ้าน (long-term care) ในบริบทของชุมชนที่อาศัยอยู่ อย่างไรก็ตาม ด้วยความผิดปกติทางกายและข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ทำให้คนพิการจำเป็นต้องพึ่งพาศูนย์ครอบครัวในการดูแลสุขภาพและช่วยเหลือในการดำรงชีวิตที่บ้าน ซึ่งบุคคลที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลนั้น ส่วนใหญ่เป็นญาติหรือสมาชิกในครอบครัว ที่เรียกว่า ญาติผู้ดูแล (family caregiver)

การดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย เป็นภารกิจที่ท้าทายสำหรับญาติผู้ดูแล จากการศึกษาบริบทการดูแลพบว่า กิจกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายนั้นมีจำนวนมาก เป็นงานที่หนัก ซับซ้อน ยุ่งยากในการปฏิบัติ และมีระยะเวลายาวนาน จากบริบทการดูแลดังกล่าวย่อมส่งผลต่อแบบแผน การดำเนินชีวิตและภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล

อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาที่ผ่านมาเน้นการศึกษาผลกระทบจากการดูแลที่เกิดขึ้นเฉพาะต่อสุขภาวะทางกาย ทางจิต และทางสังคมของญาติผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่ (Lawang, 2013) เช่นเดียวกับการพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนญาติผู้ดูแลที่เน้นการจัดการปัญหาด้านสุขภาพจิตและกาย (Lawang, Horey, Blackford, Sunsern, & Riewpaiboon, 2013) แสดงให้เห็นว่า มิติด้านปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายยังถูกละเลย

สุขภาวะทางปัญญา (spiritual health) เป็นคำที่มีความเป็นนามธรรมสูง ปัญญา หมายความว่า ความรู้ที่รู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550, 2550) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลพบว่า สุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะสามารถเชื่อมโยงและส่งผลกระทบต่อถึงสุขภาวะทางกาย ทางจิต และทางสังคม อันนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหรือแย่ลง และยังส่งผลการดำรงบทบาทการเป็นญาติผู้ดูแลคนพิการ (สมพร ปานผดุง, กิตติกร นิลมานัต, และลัพณา กิจรุ่งโรจน์, 2556; Delgado-Guay et al., 2013; Lawang, 2013) ดังนั้น องค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางปัญญาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายนั้น ยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติม

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นของการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญ นำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมหรือกลวิธีพัฒนาสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแล ซึ่งจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีสุขภาพที่สมบูรณ์แบบองค์รวม และสามารถดำรงรักษาทะบาทการดูแลได้ดี อันนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตของคนพิการ และยังเป็นการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลโดยการยกระดับการปฏิบัติการพยาบาลให้เป็น การพยาบาลที่ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม ทั้งทางกาย

วัตถุประสงค์การวิจัย

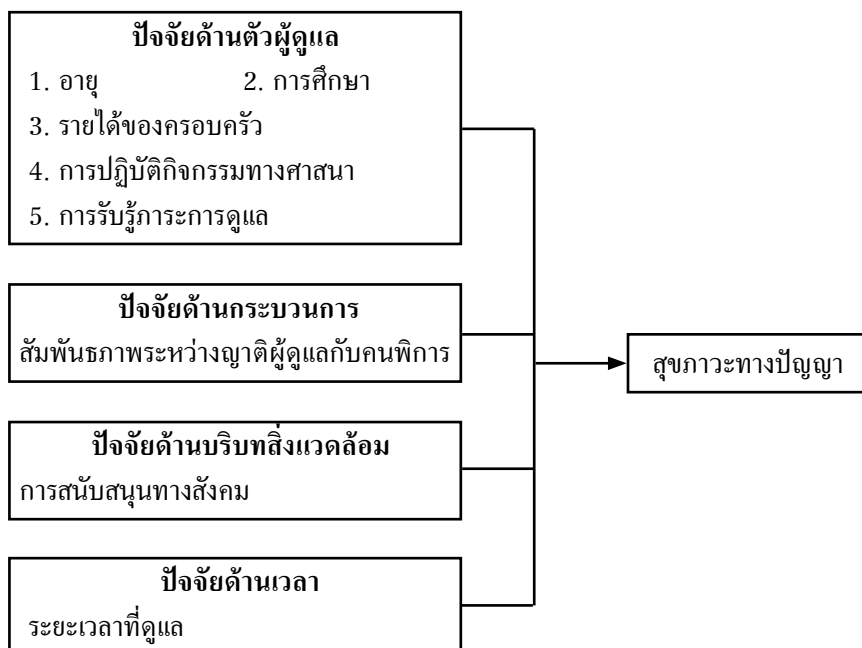
1. เพื่อศึกษาสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ของครอบครัว การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การรับรู้การดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการ การสนับสนุนทางสังคม และระยะเวลาที่ดูแล

สมมติฐานการวิจัย

อายุ การศึกษา รายได้ของครอบครัว การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การรับรู้การดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการ การสนับสนุนทางสังคม และระยะเวลาที่ดูแล สามารถร่วมกันทำนายสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้รูปแบบระบบชีวนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner (2005) ในการอธิบายสุขภาวะทางปัญญา ซึ่งอธิบายว่า พัฒนาการสุขภาพหรือการเปลี่ยนแปลงของบุคคลเป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัวอย่างต่อเนื่อง โดยมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระบวนการ บุคคล บริบท และเวลา ที่เรียกว่า Process-Person-Context-Time Model (PPCT model) ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการ ตาม PPCT model ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านกระบวนการ คือ สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการ 2) ปัจจัยด้านตัวผู้ดูแล ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ของครอบครัว การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการรับรู้การดูแล 3) ปัจจัยด้านบริบทแวดล้อม คือ การสนับสนุนทางสังคม และ 4) ปัจจัยด้านเวลา คือ ระยะเวลาที่ดูแล สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายที่อาศัยอยู่ในจังหวัดจันทบุรี โดยประมาณการจากทะเบียนคนพิการที่มีชีวิตอยู่ในช่วงปี พ.ศ. 2537-2559 จำนวน 6,356 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายระดับ 3 ขึ้นไป เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี 3) ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination: Thai version [MMSE-Thai 2002]) 4) มีสติสัมปชัญญะดี 5) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปสำหรับสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของ Polit and Beck (2012) ที่จำนวนตัวแปร 8 ตัว โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .08 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 180 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบกลุ่มหลายขั้นตอน โดยเลือกกลุ่มอำเภอที่มีความหลากหลายทางศาสนาและวัฒนธรรม ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอขลุง อำเภอแหลมสิงห์ และอำเภอท่าใหม่ จากนั้นเลือก 2 อำเภอ ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ได้อำเภอเมืองและอำเภอขลุง แล้วเลือกตำบลด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ทั้งนี้ ทำการศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวนทั้งสิ้น 7 แห่ง

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 7 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ (2557) ใช้สำหรับคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนทั้งสิ้น 11 ข้อ เกณฑ์ผ่านแบ่งตามระดับการศึกษา โดยกลุ่มที่ไม่ได้เรียน (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) เกณฑ์ผ่าน

คือ มากกว่า 14 คะแนน (คะแนนเต็ม 23) กลุ่มที่เรียนระดับประถมศึกษา เกณฑ์ผ่าน คือ มากกว่า 17 คะแนน (คะแนนเต็ม 30) และกลุ่มที่เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา เกณฑ์ผ่าน คือ มากกว่า 22 คะแนน (คะแนนเต็ม 30)

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว และปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระยะเวลาที่มีความพิการ ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง และโรคร่วมอื่น ๆ จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลบริบทการดูแลคนพิการ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับคนพิการ ประสิทธิภาพการดูแล เหตุผลในการดูแล ระยะเวลาที่ดูแล จำนวนชั่วโมงที่ดูแลต่อวัน การปฏิบัติกิจกรรมการดูแล และผู้ช่วยในการดูแล จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบวัดพฤติกรรมด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของจินตนา ยูนิพันธ์ (2543) จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่เคยทำ นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการปฏิบัติในระดับต่ำ (0-6 คะแนน) ในระดับปานกลาง (7-13 คะแนน) และในระดับสูง (14-20 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์การดูแล ผู้วิจัยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของชนัญชิดาคุณิ์ ทูลศิริ, รัชนิสรเสรีญ, และวรรณรัตน์ ลาวัณ (2554) ที่พัฒนาจาก

Zarit Burden Interview ของ Zarit ปี ค.ศ. 1990 จำนวนทั้งสิ้น 22 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่เคยเลย นานๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ภาระในระดับไม่เป็นการถึงระดับน้อย (0-20 คะแนน) ในระดับน้อยถึงปานกลาง (21-40 คะแนน) ในระดับปานกลางถึงรุนแรง (41-60 คะแนน) และในระดับรุนแรง (61-88 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับคนพิการ ผู้วิจัยใช้แบบวัดความใกล้ชิดสนิทสนมของเพียเจ ดิรไพรวงส์ (2540) ที่พัฒนาจากแบบวัดของ Walker and Thompson ปี ค.ศ. 1983 จำนวนทั้งสิ้น 17 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 6 ระดับ จากคะแนน 0-5 ได้แก่ ไม่เคยเลย น้อยมาก บางครั้ง บ่อยครั้ง เกือบตลอด และตลอดเวลา ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีสัมพันธภาพในระดับต่ำ (0-28 คะแนน) ในระดับปานกลาง (28.10-56 คะแนน) และในระดับสูง (56.10-85 คะแนน)

ชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้สึกละเลยหลายมิติ เกี่ยวกับการช่วยเหลือทางสังคมที่ Wongpakaran, Wongpakaran, and Ruktrakul (2011) แปลจาก Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) ของ Zimet, Dahiem, Zimet, and Farley ปี ค.ศ. 1988 จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วย ค่อนข้างไม่เห็นด้วย เฉยๆ ค่อนข้างเห็นด้วย และเห็นด้วย ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย (12-34 คะแนน) ในระดับปานกลาง (35-47 คะแนน) และในระดับมาก (48-60 คะแนน)

ชุดที่ 7 แบบสัมภาษณ์สุขภาวะทางปัญญา ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากคำจำกัดความของ “ปัญญา” ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสติ สมาธิ

และปัญญา จำนวน 10 ข้อ ด้านความสุขสงบ จำนวน 6 ข้อ และด้านการมีเป้าหมาย จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีสุขภาวะทางปัญญาในระดับน้อย (1-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน) และในระดับมาก (3.67-5 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และแบบสัมภาษณ์สุขภาวะทางปัญญา ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยแพทย์ อาจารย์พยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาล ช่างสูง พยาบาล และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาวะทางปัญญา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .80 และ .91 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาระการดูแล แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับคนพิการ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์สุขภาวะทางปัญญา ไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายในตำบลที่ไม่ใช่พื้นที่ศึกษา ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .88, .82, .94, .83, และ .91 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 01-09-2559 วันที่ 7 กันยายน 2559) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ประสานงาน

กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านคนพิการ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คัดเลือกผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลที่กำลังศึกษาระดับปริญญาโท จำนวน 1 คน โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการใช้แบบสัมภาษณ์ และร่วมฝึกการสัมภาษณ์ ได้ค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้สัมภาษณ์เท่ากับ 1 จากนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับช่วงเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัย/ผู้ช่วยผู้วิจัย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัย/ผู้ช่วยผู้วิจัยแนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และทำการสัมภาษณ์ โดยใช้เวลา 35-40 นาที ในระหว่างการสัมภาษณ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ดูแลคนพิการ จากนั้นมอบเอกสารการดูแลสุขภาวะทางปัญญา ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ข้อมูลการรับรู้การดูแล ข้อมูลสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการ ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลสุขภาวะทางปัญญา วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาอำนาจการทำนายของตัวแปรต่างๆ ต่อสุขภาวะทางปัญญา วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐาน

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 78.90 อายุต่ำสุดคือ 20 ปี และสูงสุด คือ 77 ปี โดยมีอายุอยู่ในช่วง 45-59 ปี (วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.40 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.20 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ คิดเป็นร้อยละ 65.50 มีอาชีพรับจ้าง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.20 มีรายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 5,000-10,000

บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว คือ ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30 และมีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 32.80 โดยโรคที่เป็นมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 19.40

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการ พบว่าเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 52.20 อายุต่ำสุด คือ 22 ปี และสูงสุด คือ 100 ปี โดยมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (วัยสูงอายุตอนต้น) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.30 ระยะเวลาที่มีความพิการต่ำสุด คือ 1 ปี และสูงสุด คือ 36 ปี โดยมีระยะเวลาที่มีความพิการอยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.20 ส่วนใหญ่มีความสามารถในการพึ่งพาตนเองได้บางส่วน คิดเป็นร้อยละ 60 และมีโรคร่วมอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 43.40 โดยโรคที่เป็นมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 28.80

1.3 ข้อมูลบริบทการดูแลคนพิการ พบว่าความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับคนพิการ คือ เป็นบุตรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.20 รองลงมา คือ เป็นสามี/ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 32.20 ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแล คิดเป็นร้อยละ 88.90 เหตุผลในการดูแล คือ ความรัก/ความผูกพัน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.10 ระยะเวลาที่ดูแลต่ำสุด คือ 1 ปี และสูงสุด คือ 20 ปี โดยมีระยะเวลาที่ดูแลอยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.40 จำนวนชั่วโมงที่ดูแลต่อวันต่ำสุด คือ 3 ชั่วโมง และสูงสุด คือ 24 ชั่วโมง โดยมีจำนวนชั่วโมงที่ดูแลต่อวันอยู่ในช่วง 7-12 ชั่วโมง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.70 ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 73.90 และมีผู้ช่วยในการดูแล คิดเป็นร้อยละ 67.80

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแล (นอกจากข้อมูลพื้นฐาน)

2.1 การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา พบว่าญาติผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในระดับปานกลาง ($M = 12.40$, $SD = .32$)

2.2 การรับรู้การดูแล พบว่า ญาติผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การดูแลในระดับไม่เป็นภาระ

ถึงระดับน้อย ($M = 18, SD = 1.02$)

2.3 สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการ พบว่า ญาติผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการในระดับสูง ($M = 66, SD = 1.02$)

2.4 การสนับสนุนทางสังคม พบว่า ญาติผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ($M = 49.70, SD = .47$)

3. สุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแล พบว่า ญาติผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางปัญญาโดยรวมในระดับมาก ($M = 4.07, SD = .75$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยในระดับมาก ได้แก่ ด้านสติ สมาธิ และปัญญา ($M = 4.00, SD = 5.89$) ด้านความสุขสงบ ($M = 4.10, SD = 3.29$) และด้านการมีเป้าหมาย ($M = 4.17, SD = 2.29$)

4. ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแล พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การรับรู้ภาระการดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายสุขภาวะทางปัญญาได้ร้อยละ 25.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\text{adj. } R^2 = .258, p < .05$) โดยสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการสามารถทำนายสุขภาวะทางปัญญาได้มากที่สุด ($\text{Beta} = .292, p < .001$) รองลงมา คือ การรับรู้ภาระการดูแล ($\text{Beta} = -.175, p < .05$) การสนับสนุนทางสังคม ($\text{Beta} = .169, p < .05$) และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ($\text{Beta} = .136, p < .05$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อำนาจการทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการไหวหรือทางร่างกาย ($n = 180$)

ปัจจัยทำนาย	b	SE	Beta	t	p
สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับคนพิการ	.215	9.120	.292	4.040	< .001
การสนับสนุนทางสังคม	.266	8.900	.169	2.330	.021
การรับรู้ภาระการดูแล	-.128	8.770	-.175	-2.570	.011
การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	.312	8.700	.136	2.000	.046

Constant = 52.037, $R = .524, R^2 = .274, \text{adj. } R^2 = .258, F = 4.037, p < .05$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางปัญญาทั้งรายด้านและโดยรวมในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากในบริบทการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายนั้น ญาติผู้ดูแลต้องมีปฏิสัมพันธ์กับคนพิการ บุคคลรอบข้าง และสิ่งแวดล้อมในทุกระบบ

จึงมีผลต่อการปรับตัวและพัฒนาการของสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแล โดยการมีปฏิสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับบริบทแวดล้อมแต่ละระบบมีความสำคัญและเชื่อมโยงกันทั้งระบบเล็ก ระบบกลาง ระบบภายนอก และระบบใหญ่ (Bronfenbrenner, 2005) โดยเฉพาะโครงสร้างในระบบใหญ่ ที่เป็นโครงสร้างสำคัญ เช่น ศาสนาและวัฒนธรรม โดยศาสนาเป็นบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อระบบย่อย เป็นสิ่งที่ช่วยในการขัดเกลาจิตใจของคนในสังคม เพราะทุกศาสนามีหลักคำสอนให้ทุกคนทำความเข้าใจโลก ทำความดี

ให้ความรักต่อเพื่อนมนุษย์ และกระทำสิ่งที่สมควรตามหน้าที่ ผลการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่าญาติผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในระดับปานกลาง ซึ่งช่วยให้ญาติผู้ดูแลยังมีความเข้มแข็ง เข้าใจตนเอง ยอมรับสิ่งต่างๆ ได้ดีขึ้น มีสติ และมีกำลังใจในการดูแลคนพิการ ทำให้พบว่า ญาติผู้ดูแลมีเป้าหมายที่ชัดเจน คือ มุ่งมั่นตั้งใจดูแลคนพิการให้ดีที่สุด รวมทั้งมีความหวังว่าคนพิการจะไม่ทุกข์มากกว่านี้และมีความสุข ส่งผลให้สุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับมาก

ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การรับรู้การดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแล กับคนพิการ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายสุขภาวะทางปัญญาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการสามารถทำนายสุขภาวะทางปัญญาได้มากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับคนพิการ คือ เป็นบุตร เป็นสามี/ภรรยา โดยสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแล กับคนพิการอยู่ในระดับสูง โดยเป็นสัมพันธภาพที่มีความใกล้ชิดกัน กล่าวคือ เป็นบุคคลในครอบครัว ส่งผลให้เกิดการดูแลอย่างเต็มใจและดูแลอย่างดี ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่า ชีวิตมีความหมายและมีคุณค่า จึงมีสุขภาวะทางปัญญาที่ดีที่สุดในที่สุด สอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบระบบชีวิตนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner (2005) ที่ว่าการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดจะส่งผลต่อสุขภาวะของญาติผู้ดูแลมากที่สุด

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้การดูแลเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำนายสุขภาวะทางปัญญา ทั้งนี้เนื่องจากการที่ญาติผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนพิการ และได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัวและเพื่อน อีกทั้งญาติผู้ดูแลยังมีเวลาเป็นของตนเอง สามารถพบปะสังสรรค์กับเพื่อนได้เป็นบางครั้ง ทำให้ญาติผู้ดูแลรับรู้การดูแลว่าไม่เป็นภาระถึงเป็นภาระน้อย สอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบระบบชีวิตนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner (2005) ที่ว่าบุคคลเป็นศูนย์กลางของระบบ ซึ่งการรับรู้การดูแลเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงการร้องขอหรือขัดขวางการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โดยภาระการดูแลของญาติ

ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะทางปัญญา ดังนั้นเมื่อญาติผู้ดูแลรับรู้ถึงการดูแลที่น้อย จึงทำให้มีสุขภาวะทางปัญญาที่ดี (Spurluck, 2005)

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำนายสุขภาวะทางปัญญา ทั้งนี้เนื่องจากญาติผู้ดูแลรู้สึกว่า ยังมีคนที่คอยช่วยเหลือ เป็นที่รักของคนในครอบครัวและคนรอบข้าง ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกมีกำลังใจในการต่อสู้กับความยากลำบากหรือปัญหาที่เกิดจากการดูแล ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแล และความสามารถในการเผชิญปัญหาสุขภาพและปัญหาจากการดูแล นำไปสู่การมีสุขภาวะทางปัญญาที่ดีของญาติผู้ดูแล (วิไลลักษณ์ ดันดิตระกูล และสุริพร ธนศิลป์, 2552; ศิริลักษณ์ ปัญญา และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, 2558; Lawang, 2013) สอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบระบบชีวิตนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner (2005) ที่ว่าพัฒนาการของบุคคลเป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัวอย่างต่อเนื่อง และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวถือเป็นบริบทแวดล้อมระบบเล็ก ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับญาติผู้ดูแลมากที่สุด

ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำนายสุขภาวะทางปัญญา ทั้งนี้เนื่องจากการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นสิ่งที่ช่วยขัดเกลาจิตใจของญาติผู้ดูแลให้มีความเข้มแข็ง และมีความเข้าใจตนเองมากขึ้น ช่วยให้มีกำลังใจในการดูแลคนพิการ ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีสุขภาวะทางปัญญาที่ดี (ไหมมุนี คลังช่อง, 2553) สอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบระบบชีวิตนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner (2005) ที่ว่า ศาสนาเป็นบริบทแวดล้อมที่เป็นระบบใหญ่ที่อยู่ล้อมรอบบุคคล เป็นโครงสร้างที่มีผลต่อระบบทั้งหมด ต่อบรรทัดฐานของสังคม ทำให้ความเชื่อทางศาสนามีผลต่อพัฒนาการ การปรับตัว และสุขภาพของบุคคลทั้งทางบวกและทางลบ (Lawang, 2013) ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีสุขภาวะทางปัญญาที่ดี และสามารถดำรงบทบาทญาติผู้ดูแลได้อย่างมีคุณภาพ

อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้พบว่า อายุ การศึกษา และรายได้ของครอบครัว ไม่สามารถทำนายสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

หรือทางร่างกายได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากญาติผู้ดูแลไม่มีความแตกต่างของการศึกษา ประสบการณ์ในการดูแล และการแก้ไขปัญหา อีกทั้งในปัจจุบันมีแนวทางการดูแลคนพิการที่ชัดเจน มีสื่อเทคโนโลยีที่ทันสมัย มีแหล่งในการศึกษาหาความรู้ที่หลากหลาย และญาติผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากภาครัฐและญาติพี่น้องที่มากพอ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Lawang (2013) ที่ศึกษาการพัฒนาการสนับสนุนญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายวัยผู้ใหญ่ชาวไทย พบว่า อายุ การศึกษา และรายได้ของครอบครัวที่มากขึ้น มีส่วนช่วยให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยทางจิตวิญญาณได้มากกว่า ส่วนระยะเวลาที่ดูแลพบว่า ไม่สามารถทำนายสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลได้เช่นกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากเมื่อระยะเวลาผ่านไป ทำให้ญาติผู้ดูแลยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ และเกิดความเข้มแข็งในการปฏิบัติบทบาทนั้น ทำให้ไม่มีผลต่อสุขภาวะทางปัญญา ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Frost et al. (2012) ที่ศึกษาสุขภาวะทางปัญญาและคุณภาพชีวิตของหญิงที่เป็นมะเร็งรังไข่ และคู่สมรส พบว่า เมื่อเวลาผ่านไป คู่สมรสมีสุขภาวะทางปัญญาแย่ลง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลคนพิการ ควรมีการประเมินสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการ เพื่อให้การประเมินสุขภาพครอบครัวรวมทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา

1.2 กระทรวงสาธารณสุขควรนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายหรือแนวทางการประเมินสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

1.3 อาจารย์พยาบาลควรนำผลการวิจัยไปสอดแทรกในการเรียนการสอนเกี่ยวกับการเยี่ยมบ้าน และการดูแลสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้การดูแล และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลญาติผู้ดูแลคนพิการให้ดียิ่งขึ้น

2.2 ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่อาจทำนายสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการได้ โดยคัดสรรตัวแปรจากข้อมูลเชิงคุณภาพของญาติผู้ดูแลในสถานการณ์จริงที่หลากหลาย

2.3 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย เพื่อให้ญาติผู้ดูแลคนพิการมีสุขภาวะทางปัญญาที่ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2559). *การดำเนินงานจดทะเบียนคนพิการทั่วประเทศ*. สืบค้นจาก https://www.m-society.go.th/article_attach/16125/19141.pdf
- คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. (2554). *แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2555-2559*. กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวนิสัย.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2543). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง* (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนัญชิดาคุณฤ์ ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ, และวรรณรัตน์ ลาวัณ. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(1), 62-75.
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. (2550). *ราชกิจจานุเบกษา*, 124(ตอนที่ 16 ก), 1-18.

- เพียงใจ ติรโพรงศ์. (2540). *สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล, และสุริพร ธนศิลป์. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก*, 2(3), 27-35.
- ศิริลักษณ์ ปัญญา, และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. (2558). จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 7(1), 263-278.
- สมพร ปานผดุง, กิตติกร นิลมนต์, และลัพณา กิจรุ่งโรจน์. (2556). *ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาล* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2557). *สภาพจิตจากแบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002)*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- ไหมมุนีะ คลังข้อ. (2553). *สุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Delgado-Guay, M. O., Parsons, H. A., Hui, D., De la Cruz, M. G., Thorney, S., & Bruera, E. (2013). Spirituality, religiosity, and spiritual pain among caregivers of patients with advanced cancer. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 30(5), 455-461.
- Frost, M. H., Johnson, M. E., Atherton, P. J., Petersen, W. O., Dose, A. M., Kasner, M. J., ... Pipe, T. B. (2012). Spiritual well-being and quality of life of women with ovarian cancer and their spouses. *The Journal of Supportive Oncology*, 10(2), 72-80.
- Lawang, W. (2013). *Developing support for Thai family caregivers of adults with a physical disability: A community-based action research study* (Doctoral dissertation). Melbourne: La Trobe University.
- Lawang, W., Horey, D., Blackford, J., Sunsern, R., & Riewpaiboon, W. (2013). Support interventions for caregivers of physically disabled adults: A systematic review. *Nursing & Health Sciences*, 15(4), 534-545.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing Practice* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Spurlock, W. R. (2005). Spiritual well-being and caregiver burden in Alzheimer's caregivers. *Geriatric Nursing*, 26(3), 154-161.
- Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., & Ruktrakul, R. (2011). Reliability and validity of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS): Thai Version. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 7, 161-166.
- World Health Organization. (2011). *World report on disability*. Malta: Author.